

Передумови загострення бронхіальної астми у підлітків

У статті розглянуто передумови загострення бронхіальної астми у дітей підліткового віку. Розглянуто вікові закономірності розвитку особистості, ряд факторів, які впливають на розвиток та перебіг бронхіальної астми у даній віковій категорії.

Ключові слова: бронхіальна астма, розвиток особистості, підлітки, перебіг.

В статье рассмотрены предпосылки обострения бронхиальной астмы у детей подросткового возраста. Рассмотрены возрастные закономерности развития личности, ряд факторов, влияющих на развитие и течение бронхиальной астмы в данной возрастной категории.

Ключевые слова: бронхиальная астма, развитие личности, подростки, течение.

Згідно сучасних уявлень, бронхіальна астма розглядається як хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, на фоні якого розвиваються гострі приступи бронхіальної обструкції. Бронхіальна астма у дітей стала не тільки поширеною, але й небезпечною патологією. В останні десятиріччя захворювання значно помолодшало, його діагностують у дітей перших років і навіть перших місяців життя.

Саме в підлітковому віці відбувається загострення алергічних захворювань, до яких ми відносимо і захворювання на бронхіальну астму. Максимальні показники алергічної чутливості спостерігаються у віці 10-11 і 13 років, після 14 років вчені відмічають їх спад. Порушення психоемоційного балансу тісно пов'язане з багатьма факторами внутрішнього та зовнішнього середовища. Зростання рівня лабільності, тривожності, нервозності у пубертатному віці зумовлено наявністю у дитини хронічного захворювання, підвищеною алергічною чутливістю, а також впливом соціальних факторів, а саме: низькою матеріальною забезпеченістю сім'ї, неправильним типом виховання в сім'ї, стресогенною обстановкою. Нераціональне харчування, обмеження рухової активності і нерегулярне перебування дитини на свіжому повітрі також є несприятливими факторами в патогенезі бронхіальної астми. Сукупність перерахованих ознак зменшують адаптаційні можливості дитини, порушують її гармонійний розвиток і провокують виникнення захворювання. [6]

Завдяки статевому дозріванню відбувається поступовий перехід від дитинства до дорослості.

Отже, в організмі, який зростає, формується, анатомічні, фізіологічні і біохімічні особливості помітно змінюються. Особливе значення ці вікові зміни мають для формування нервової та імунної систем. Імунна система відіграє головну роль в адаптації організму до умов зовнішнього середовища, до будь-яких її впливів, в тому числі до вірусних і бактеріальних інфекцій. Вікова нестабільність імунної системи визначає і дуже поширені алергійні захворювання підлітків, з найрізнітнішими проявами. [2]

Поширеною є думка, що підліток, який страждає на бронхіальну астму – це підліток, який „виростає” з астми. [7] У більшості хворих дітей до моменту досягнення дорослого віку симптоми бронхіальної астми повністю зникають або виявляються значно рідше. Існують дані про те, що у 2/3 дітей астма в підлітковому віці змінює свій перебіг. Іноді симптоми захворювання виникають знову, але вже в зрілому віці. Останнім часом з’явилися дані про те, що захворювання у 40-70% пацієнтів, які стали дорослими, продовжується, часто набуваючи важкого перебігу. Більше того, випадки приступів бронхіальної астми, які загрожували життю, описуються саме у підлітків. [10]

Відомо, що підлітковий період дитинства належить до критичних періодів онтогенезу людини, коли організм вступає у час статевого дозрівання і опиняється перед новим фізіологічним стрибком кількісного і якісного росту та перебудови функцій майже всіх органів і систем. У хворих на БА відмічається тенденція до більш пізнього досягнення періоду статевого дозрівання. Пубертатний стрибок росту в таких дітей настає на 15 місяців пізніше, ніж у їх здорових однолітків. Підліток, який страждає на бронхіальну астму, часто нижчий за своїх друзів.

Клініцистами відмічено, що бронхіальна астма у підлітків супроводжується досить виразними реакціями з боку нервової системи. Алергійний вплив перебудовує у дітей реактивність організму, сприяючи появі високої чутливості центральної нервової системи. Нейрогенні механізми визначають індивідуальний перебіг захворювань внутрішніх органів, беруть участь на всіх етапах розвитку соматичних форм патології. З іншого боку, захворювання внутрішніх органів, особливо серця і легень, змінюють гомеостаз і супроводжуються нервово-психічними розладами.

Особливістю підліткового віку є незрілість центральної нервової системи, яка здійснює координаційну й інтегративну роль сумісної діяльності вегетативно-нервової системи і емоційної сфери, що

обумовлює фізіологічну нестабільність вегетативних і емоційних функцій у дітей. Цьому сприяє перебудова обмінних, гормональних процесів і регуляції кровообігу в період росту організму. [13]

Вікові закономірності розвитку особистості викликають у підлітка почуття невпевненості, невизначеності, незадоволеності собою та своїми соціальними зв'язками. Фактор захворювання особистості може перетворитися у серйозну психологічну проблему самотності. Низька самооцінка, негативне само сприйняття, страх відторгнення, непорозуміння, сором'язливість, недостатній розвиток комунікативних звичок може бути наслідком батьківських позицій у родині, що впливає на становлення підлітка, життєву, соціальну та інші рольові позиції особистості в різні моменти його життя. Батьківські позиції відносно дитини з бронхіальною астмою пов'язані із соціальним очікуванням, яке висувається суспільством в якості норм батьківської поведінки. В родинях, де ростуть діти з БА, часто виникає гіперопіка, що формує маніпулятивну стратегію поведінки, почуття самотності. Маніпулятивність формується з раннього дитинства, коли батьки втягуються в систему: дитина – хвора, слабка; батьки – рятівники у будь-якій ситуації. Коли дитина підростає і батьки вимагають відповідальності в різних життєвих ситуаціях, підліток продовжує втягувати своїх рідних, однолітків, друзів в ту ж саму ситуацію, за тими ж самими правилами. Якщо хтось відмовляється, починається маніпулювання „я не вмію, не зможу, мені буде погано, я не повинен цього робити”. [3]

Бронхіальна астма дійсно часто починається в ранньому дитинстві (2-4 роки) і нерідко закінчується в кінці пубертатного віку (14-16 років). Формування особистості відбувається в умовах хронічного психосоматичного захворювання з нападами ядухи, які дуже лякають дитину, побоювання їх повторів і зростаючої невротизації. Дослідження виявляють затримку статевого дозрівання і відхилення у розвитку особистості майже у всіх дітей з БА. Частіше вони набувають інфантильно-істероїдних рис: егоцентризм, несамостійність, бажання уваги, піклування про них, вразливість, збудженість та примхливість. Такий патохарактерологічний розвиток порушує адаптацію підлітків до оточуючого середовища, особливо при спілкуванні з однолітками. Крім егоцентризму і зниженої емпатійності, вони виявляють низьку здатність до взаємодії, нерішучість. [9]

Поряд з проявами підвищеної тривожності і внутрішньої невпевненості, яка обмежує життєву активність, і притаманний здоровим дітям потяг до спілкування, ці порушення нерідко

посилюють батьки, які штучно ізолюють їх від однолітків, ставлячи в положення „хворої дитини”.

Підліток, хворий на бронхіальну астму, постійно живе у жорсткій системі обмежень, створеній батьками і лікарями. Обмежують їх у фізичному навантаженні і лякають переохолодженням: звільняють від уроків фізкультури, забороняють їхати з класом в інше місто, іти в похід, купатися в прохолодній річці, грати у футбол тощо. Їм не можна мати дома тварин, їсти деякі фрукти і солодощі, нюхати квіти, підмітати підлогу. Існують обмеження у виборі майбутньої професії. Ці та інші заборони, постійне нагадування про хворобу, необхідність дотримуватися режиму нерідко викликають реакції протесту підлітків. Особливо образливі для них зауваження однолітків про їх слабкість.

Хворі діти намагаються реабілітувати себе самі. Частіше це „втеча в хворобу”, особливо вдома, коли незначне покашлювання дитини не тільки хвилює, але й нервує батьків. Тоді дитина просить ліки або інгалятор. Іноді це відбувається у лікарні, і деякі діти, щоб отримати більше уваги персоналу, мимоволі викликають у себе напади. Рідше як психологічний захист виявляється заперечення хвороби. Діти ухиляються від розмов про свої проблеми, заявляють що вони не пам’ятають або не бажають пригадувати. Але, незважаючи на те, що діти вважають себе абсолютно здоровими, тема хвороби так чи інше звучить при спілкуванні з ними. Так, наприклад, обговорюючи майбутній похід, вони нагадують взяти з собою ліки, цікавляться, чи є поблизу населений пункт з лікарнею тощо. Тобто повного витіснення не відбувається. Компенсаторно вони намагаються добре вчитися, полюбляють демонструвати свої інтелектуальні здібності, музикальність, рисунки, колекції. Але в реальному житті підлітки з БА намагаються зайняти пасивну позицію. Постійне усвідомлення своєї відмінності від здорових однолітків посилює невротизацію і дезадаптацію підлітків з бронхіальною астмою.

Отже, підлітковий вік є фактором ризику розвитку і погіршення перебігу бронхіальної астми, оскільки є дані, що майже половина дітей (49,0%), які поступають у стаціонар, – діти цієї вікової групи [8].

Безпосередніми причинами виникнення захворювання у дітей підліткового віку, крім прямого чи непрямого впливу причинно-значимих алергенів, частіше всього є психоемоційні перевантаження в родині і школі і різноманітні психотравмуючі ситуації (сварки з батьками, відчуження з боку однолітків тощо). Неблагополуччя у родинній сфері є найважливішим причинним фактором

у підлітків з бронхіальною астмою, причому цей фактор не тільки сприяє захворюванню астмою, але у ряді випадків значно обтяжує її перебіг, перешкоджає ефективному лікуванню. Ті ці інші порушення в цій сфері відмічають майже 60,0% хворих підлітків. Серед найбільш значимих для цих дітей сімейних психологічних проблем, що впливають на перебіг БА і частоту нападів ядухи, відзначаються: порушення нормального спілкування в родині після появи перших симптомів хвороби, сварки з батьками, погані відносини між ними чи розірвання шлюбу, алкоголізм у родині, важкі травми, хвороби чи смерть близьких. Це свідчить про глибину патологічного впливу сімейних проблем на перебіг астми в підлітковому віці і про необхідність проведення тривалої сімейної психотерапії на амбулаторному етапі лікування за участю як батьків хворого, так і самої хворої дитини. [3]

Часто сучасні підлітки, хворі на БА, перебувають в умовах хронічної психотравмуючої ситуації, яка обумовлена важкими переживаннями із-за труднощів взаємовідносин з однолітками, відсутністю одного з батьків, відсутністю постійної роботи у батьків, послаблення уваги або грубого відношення рідних, конфлікти з учителями. Все це у поєднанні з низьким матеріальним станом, труднощами і неможливістю відповідності вимогам і умовам в школі, що змінилися в сучасному суспільстві, створює передумови відсутності впевненості в собі і формує пускову ситуацію для розвитку захворювання.[11]

Значну роль в порушенні психоемоційного статусу у підлітків, хворих на бронхіальну астму, відіграють депресивні реакції. Депресія, яка звичайно виступає як фактор адаптації, тобто має пристосувальну спрямованість, набуває зворотної значимості і веде до тимчасових зривів адаптаційних механізмів, порушення функцій органів і систем, які виражаються у вегетосудинних або вісцеросудинних проявах і розцінюється як соматизована (прихована) депресія. За даними А.Д.Адо (1982), чверть дітей, хворих на бронхіальну астму, мають неглибоку депресію з наявністю таких симптомів, як відчуття печалю або тривоги, безрадісності і незадоволення, дратівливості; для них характерні песимістична оцінка перспективи і утруднення в прийнятті рішень. 10% дітей мають більш важкий ступінь соматогенної депресії, який характеризується пригніченим і безпорадним станом. Підлітки стають при цьому пасивними і бездіяльними. Власну особистість, теперішню ситуацію і майбутнє вони бачать у дуже не вигідному світі, часто говорять про страх смерті. Наявність важкого ступеня депресії у дітей вчені не виявляють. [3]

Астма в пубертатному віці змінює свій перебіг. У більшості дівчаток він погіршується, водночас у більшості хлопців спостерігається клінічне поліпшення. Погіршенню перебігу хвороби сприяє зростання навантаження на організм підлітка, а саме: висока частота ГРВІ, характерна для підлітків емоційна лабільність, нервозність. Притаманні цьому вікові гормональні зрушення в організмі призводять до того, що хлопчики і дівчата по-різному реагують на таке навантаження.

У підлітків важливе значення має стан підвищеної чутливості до змін метеофакторів – виражена метеолабільність. Різке зниження температури повітря, зміна вологості, тиску, швидкості вітру сприяє виникненню чи провокуванню приступів ядухи. Несприятливо впливає на таких дітей і підвищення сонячної активності. [9]

У більшості дітей, хворих на БА, особливо у віці 7-9 років, виявляється хронічна астенізація. З віком проявлення астенічного синдрому зменшується. Однак у пубертатному віці у 80% хворих спостерігаються неврастенічні риси. Важливо, що ці риси проявлялись ще в ранньому дитинстві. За свідченнями батьків, діти погано засинали, пітніли, капризували в їжі, лякалися труднощів, легко втомлювались. Невропатія, а також хронічна астенізація, сприяють виникненню підвищеної невротичної готовності або невротичного радикалу, що створює ризик до виникнення неврозу з тривалим перебігом або психосоматичного захворювання. [13]

Звертає на себе увагу значна питома вага серед дітей, хворих на БА, підлітків з акцентуаціями характеру. Акцентуйовані особистості – це люди, психологічні особливості яких можуть виходити за рамки звичайного та можуть розглядатися як своєрідна обдарованість. Але ж подібного роду загостреність індивідуальних рис в несприятливих умовах здатна знизити адаптивні можливості і бути підґрунтям для внутрішньо – та міжособистісних конфліктів, трансформуватися в психопатологічні риси [8]. У переважній більшості підлітків, хворих на бронхіальну астму, спостерігаються істероїдні риси характеру: демонстративність у висловлюваннях, інтонаціях і поведінці, егоцентризм; вони дуже емоційні і надзвичайно вразливі. Така емоційна лабільність погіршує перебіг хвороби у дітей цієї вікової групи. Виражена нестійкість психоемоційної сфери, яка характерна для підліткового віку, сприяє закріпленню відчуття страху і повторюванню приступів бронхіальної астми, навіть коли вплив провокуючих чинників був нетривалим.

Як вже наголошувалось, в формуванні бронхіальної астми, а також в її підтримці значне місце займає порушення функцій нервової системи. Мають значення конституційні особливості

мозку, які сприяють проявам різних функціональних розладів. З іншого боку, у найспокійнішої і врівноваженої дитини під впливом частих, тривалих і важких приступів, як правило, в кінці кінців виникають порушення діяльності нервової системи. Страх, який з'явився під час приступу, змінюється пригніченим станом. Діти стають замкнутими, дратівливими, у них відбувається швидка зміна настрою. Вони не можуть грати у футбол і займатися іншими видами спорту, їм завжди щось шкідливо. У підлітка з'являється страх смерті, сором за свою хворобу перед однолітками, особливо перед представниками іншої статі; неприємна для них необхідність ін'єкцій, прийому медикаментів. Нехтування, легковажне відношення до хвороби, легкість порушення режиму, що згубно позначається на перебігу хвороби, характерні для дітей пубертатного віку. Незважаючи на рецидивуючий перебіг хвороби, тривалу базисну терапію, підлітки з бронхіальною астмою адекватно реагують на оточення і з оптимізмом дивляться у майбутнє, що не завжди позитивно впливає на сприятливий перебіг захворювання. Надмірна оптимістичність приводить до нерозуміння суті захворювання, порушенню режиму і плану лікування. [13]

В цілому, причин більш ніж достатньо, щоб нервова система дитини змінилась і стала нестійкою. У підлітків, частіше ніж у дітей молодшого віку, під впливом нервових потрясінь вперше виникає приступ ядухи. Клінічні спостереження показують, що поява не тільки перших, а й наступних приступів, а іноді і їх припинення у дітей підліткового віку залежить від стану нервової системи. У більшості хворих підлітків зміни особливостей характеру з перевагою явно виражених негативних емоцій присутні ще до початку захворювання. Домінують різноманітні страхи, зокрема, страх ядухи і смерті від неї, емоційна нестійкість і лабільність, уразливість, невмотивовані зміни настрою. Багато хворих зв'язують початок свого захворювання з наявністю психотравмуючих ситуацій в родині і школі, причому у більшості з них спостерігається наявність декількох психогенних факторів. Зміни типу акцентуації характеру відбувається у підлітків пропорційно важкості захворювання. Домінуючим типом акцентуації серед хворих дітей є астено-депресивний тип, який характеризується вираженими депресивними тенденціями: пригніченим, подавленим настроєм, страхом смерті, песимістичним ставленням до прогнозу захворювання. Для підлітків даного типу характерні нестійка, неадекватна самооцінка, виражена потреба в самовизначенні, нестійкість адаптації і зниження контролю над емоційною сферою.

За даними О.В.Горшкова, ті чи інші психологічні відхилення та ступінь їхньої виразності залежить від особистісних особливостей характеру хворих дітей, тяжкості та тривалості перебігу захворювання і соціального оточення (сім'я, однолітки, викладачі). Серед особистісних рис у підлітків, хворих на БА, до початку захворювання найчастіше відзначається підвищена вразливість, полохливість, тривожність, численні страхи та фобії, схильність до немотивованих змін настрою тощо. Майже у 97,0% дітей спостерігається найтісніший емоційний зв'язок з батьками і повна залежність від них у будь-яких життєвих ситуаціях [12].

У більшості дітей переважає виховання "оранжерейного" типу: їх оберігають від труднощів, обмежують їх самостійність, фіксують на хворобі. Діти негативно сприймають нагадування про їх хворобу і пов'язаних з нею обмеження. Вони не можуть повністю прийняти режим здорових дітей і не бажають бути відвернутими однолітками. Виникає внутрішній конфлікт між домашнім "оранжерейним" вихованням, недостатньою самостійністю, товариськістю, відсутністю впевненості в собі, внутрішньою тривожністю і необхідністю активної позиції серед однолітків. Цей конфлікт з віком не зменшується й є більш вираженим у хлопців. В них відмічається недостатня маскулиність, деяка інфантильність та істероїдність [7].

Найбільш розповсюдженим психологічним типом серед хворих БА підлітків є інтервертований тип, частота якого також зростає з посиленням важкості перебігу хвороби. Такі діти орієнтовані на внутрішній світ, невпевнені в собі, песимістичні, у них виявляється низька самооцінка, підвищений рівень тривожності, самотність.

Песимізм переважає у поглядах на майбутнє серед підлітків із важким і середньотяжким ступенем бронхіальної астми, в той часом як при легкому її перебігу домінують оптимістичні настрої. Діти прагнуть до розширення власної сфери спілкування за рахунок нових соціальних контактів, проте багато з них виявляються неспроможними цього домогтися.

Показовим є емоційний профіль особистості підлітка, що адаптується до умов стаціонару. Найбільш легко цей процес протікає у хворих з легкою формою БА, найтяжче – при важкій бронхіальній астмі. Такі діти мають виразні негативні відхилення в емоційному профілі і високий рівень тривожності. Вже в перші часи перебування в лікарні переважають негативні емоції, які проявляються плачем, риданням, навіть депресією, яка поєднується з наявністю гніву і приступів страху. Тобто, у дітей з бронхіальною астмою чітко вимальовуються загальні і специфічні зміни в психіці, які

відображаються на поведінці хворої дитини. Такі зміни, як правило, проявляються “реакцією на хворобу” [5].

Для підлітків з легким ступенем бронхіальної астми спрямованість психологічних реакцій у зв’язку з хворобою позначається на зовнішні причини (екстрапунітивні реакції), для яких характерними є наявність безобвинувальної позиції до лікарів, пред’явлення завищених вимог до останніх тощо. У дітей з важкою БА переважають імпунітивні реакції, що відрізняються вкрай утрудненим контактом з батьками, лікарями однолітками, схильністю “втекти від проблем”, пов’язаних з хворобою та її наслідками, втратою інтересу до лікування.

Однією з головних причин несприятливого перебігу астми і зниження очікуваних результатів від її терапії є неадекватно контрольована і сприймана БА та низький рівень знань про свою патологію хворих підлітків та їхніх родичів. Крім того, багато хворих підлітків схильні до “соматизації” свого захворювання, тобто трактують його як винятково “хворобу тіла”. Більше того, вони не готові до подолання подібного сприймання своєї патології. Причина цього не тільки в низькому рівні знань хворих про астму, але й у потребі протистояти неприємному для них почуттю залежності, у бажанні позбутися від нього, вигнати зі свідомості. “Соматичне” трактування бронхіальної астми допомагає хворим підліткам відсторонитися від своєї патології, при цьому вони, як правило, вважають, що доти, поки астма “торкається” тільки тіла, вони не залежать від неї цілком. Подібне сприйняття певною мірою пояснює небажання підлітків знати більше про свою хворобу, незацікавленість у розумінні її сутності [11]. Хворих підлітків з легким перебігом бронхіальної астми більше хвилює не власне захворювання, а його наслідки; серед хворих із більш тяжким перебігом переважають реакції саме на хворобу.

Відношення до хвороби інтегрує всі психологічні категорії, в рамках яких формується “внутрішня картина хвороби” у підлітка. Різні типи відношення умовно групуються у три блока. Перший блок: гармонійний, ергопатичний і аногнозичний типи – характеризується меншою виразністю соціальної дезадаптації підлітка у зв’язку із захворюванням. Другий блок – тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний і апатичний типи – відрізняється інтрапсихічною спрямованістю. Третій блок: сенситивний, егоцентричний, паранояльний і дистрофічний типи – характеризується інтерпсихічною спрямованістю [4].

Перший блок типів реагування на хворобу характеризується адекватною оцінкою свого стану, без схильності перевищувати його

важкість і без підстав бачити все в чорному кольорі, але й без недооцінки важкості хвороби, з бажанням активно сприяти лікуванню.

Підлітки з другим типом реагування відчують постійну тривогу з приводу несприятливого перебігу хвороби, будь-яких ускладнень. Як наслідок – тривожний настрій, пригніченість. Хворі шукають нові способи лікування, нових лікарів, які здаються їм більш авторитетними.

Діти з сенситивним типом реагування (третій блок) надмірно стурбовані можливим негативним враженням, яке може справити на оточуючих відомості щодо їх хвороби. Вони занепокоєні, що друзі почнуть уникати їх, вважати неповноцінними, побоюються стати тягарем для близьких із-за хвороби.

У підлітків з легким перебігом БА типи відношення до хвороби належать до першого блоку. При середній важкості бронхіальної астми зустрічаються всі три типи реагування, з превалюванням реакцій першого блоку. У підлітків з важким перебігом хвороби також діагностуються три типи реагування, але з посиленням відношення до хвороби другого та третього блоків, тобто з посиленням важкості захворювання зростає кількість типів реагування на хворобу, які характеризуються наявністю особистісної дезадаптації у зв'язку із захворюванням.

У дівчат переважають типи відношення до хвороби, які відносяться до першого блоку, у хлопців виявляється більша кількість типів реагування на хворобу, які входять до другого і третього блоку. [5]

Мають значення також фізична і психічна перевтома, гострота початку БА, темп її розвитку. Якщо хвороба дебютувала важким нападом ядухи, а терапія була не адекватною, виникають тривожне занепокоєння, страх наступного нападу, що у деяких підлітків набуває характеру фобій.

Але багато дітей прагнуть приховати ці емоційні переживання. Особливості психіки зумовлюються захворюванням і водночас важкістю його перебігу. Спроби підлітка приховувати перед оточуючими свою хворобу не тільки погіршують її перебіг, а й стають джерелом додаткових психогенних переживань. Психічною травмою для дитини може стати самий факт установлення лякаючого діагнозу, необхідність використання інгалятора, особливо в громадських місцях, транспорті, недостатня ефективність терапії. Все це формує у підлітка певний песимізм відносно перспектив свого стану. Захворювання впливає як на фізичний стан індивідуума, так і на психологію його поведінки, емоційні реакції, часто змінюють його роль та місце у соціальному житті [4].

Якщо БА прогресує повільно, починається з так званого “астматичного бронхіту”, дитина тривалий час, іноді багато років не відчуває виражених рис захворювання, але дихальний дискомфорт, вимушені зміни звичного способу життя, слабкість, стомлюваність приводять до стійкого поганого настрою, що в значній мірі відображається на міжособистісних стосунках, приводячи до конфліктів з однолітками і в сім’ї.

Міжособові стосунки відіграють значну роль у психоемоційному стані підлітків, хворих на бронхіальну астму. Замкненість, іпохондрія, депресія дозволяють хворій дитині пристосуватися до хвороби. Водночас, ця пристосувальна спрямованість веде до короткочасного або більш тривалого зриву адаптаційних механізмів, які поглиблюються при зростанні тяжкості захворювання. Тому важливе значення в процесі реабілітації хворого має перебудова міжособових стосунків у найближчому значимому оточенні підлітка. Психотерапевтична корекція при бронхіальній астмі повинна бути спрямована на як на відновлення міжособових родинних зв’язків, так і на зміну відношення до захворювання, на формування навичок саморегуляції з метою зниження психоемоційної напруженості.

Список використаних джерел

1. Анцыферова Л.И. Психология формирования и развития личности /Л.И.Анцыферова // Психология личности в трудах отечественных психологов. – СПб.: Питер, 2000. – С. 207–213.
2. Бадина Н.П. Динамика показателей школьной адаптации часто болеющих учащихся начальных классов /Н.П.Бадина// Вопросы психологии. – 2007. – № 3. – С. 53–61.
3. Гриценко Л.І. Формування навичок здорового способу життя у дітей та підлітків /Л.І.Гриценко// Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – № 5. – С. 53–59.
4. Горшков О.В. Особенности возникновения, течения и терапии бронхиальной астмы как хронического психосоматического заболевания детского возраста /О.В.Горшков, Д.А.Варбанец, Л.Л.Поплавская// Иммунология та алергологія. – 2000. – №2/3. – С.65.
5. Горшков О.В. Психоэмоциональные и психосоциальные нарушения у детей, больных бронхиальной астмой // Український вісник психоневрології / О.В.Горшков, А.А.Старикова. – 2002. – Т.10, Вип.1. – С.172-173.
6. Исаев Д.Н. Психосоматический подход и модель психосоматических расстройств у детей и подростков /Д.Н.Исаев// Клиническая психология. – 2003. – № 2. – С. 148–152.

7. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И.Г.Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.
8. Мороз С.М. Структура психосоматических расстройств при основных терапевтических инвалидизирующих заболеваниях / С.М.Мороз// Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – №4. – С.58-61.
9. Недельська С.М. Міжособові порушення та їх діагностика при захворюванні бронхіальною астмою у дітей /С.М.Недельська// Український медичний альманах. – 2002. – Т.5, №5. – С.94-97.
10. Недельська С.М. Сфера міжособових внутрішньосімейних стосунків дітей, хворих на бронхіальну астму /С.М.Недельська//Перинатологія та педіатрія.-2003. – №4. – С. 59-62.
11. Осипова Н.Н. Психологический профиль личности больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом /Н.Н.Осипова, Ю.Д.Щеглов, Б.Е.Акшулакова// Журнал неврологии и психиатрии. – 1990. – №10. – С.89-92.
12. Проскурина Т.Ю. Клинико-психологические особенности невротических расстройств у современных подростков / Т.Ю.Проскурина, Т.Н.Матковская, В.С.Кудь//Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – №4. – С.127-129.
13. Психологічні зміни у хворих на хронічний бронхіт і в осіб з передбронхітом /І.В. Чопей, М.І. Товт-Коршинська, С.О. Рудакова, М.О. Корабельщикова //Науковий вісник Ужгородського університету. Сер.Медицина. – 2001. – Вип.13. – С.123-125.
14. Слободчиков В.И. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей /В.И.Слободчиков, А.В.Шувалов// Вопросы психологии. – 2001. – № 4. – С. 91–105.
15. Шувалов А.В. Психологическое здоровье детей / А.В.Шувалов// Сборник тезисов международной конференции: подростки и молодежь в меняющемся обществе (проблемы девиантного поведения). – М., 2001. – С. 253–255.

The article deals with the prerequisites of exacerbation of bronchial asthma in adolescent children. Examined age-related patterns of personality development, a number of factors influencing the development and course of asthma in this age category.

Keywords: bronchial asthma, personal development, teens flow.

Отримано: 18.08.2011